

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933 — N° 28

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE RÉNALE "CHIRURGICALE"
Chez l'Enfant

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 Novembre 1932

PAR

Georges-Antoine-Henri-Prosper GUILLAUME

Né à Martel (Lot), le 15 Juillet 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLEMIN, professeur.....	} <i>Président.</i>	
		ROCHER, professeur.....		
		PAPIN, agrège		} <i>Juges.</i>
		LOUBAT, agrège		

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

6. Place Fernand-Lafargue

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933 — N° 28

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE RÉNALE "CHIRURGICALE"
Chez l'Enfant

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 Novembre 1932

PAR

Georges-Antoine-Henri-Prosper GUILLAUME

Né à Martel (Lot), le 15 Juillet 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLEMIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

6, Place Fernand-Lafargue

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÈ, SELLIER.

PROFESSEURS

MM.

Clinique médicale MAURIAC.
id. CASSAET.
Clinique chirurgicale CHAVANNAZ.
id. BÉGOUIN.
Pathologie et thérapeutiques générales. CARLES.
Clinique d'accouchements ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZES.
Anatomie VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie G. DUBREUIL.
Physiologie PACHON.
Hygiène LEURET.
Médecine légale et déontologie LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.
Chimie CHELLE.
Botanique et matière médicale BEILLE.
Pharmacie DUPOUY.

MM.

Zoologie et parasitologie MANDÓUL.
Médecine expérimentale DUPÉRIÉ.
Clinique ophtalmologique TEULIÈRES.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie. ROCHER.
Clinique gynécologique GUYOT.
Clinique méd. des maladies des enfants. CRUCHET.
Chimie biologique et médicale DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique. SIGALAS.
Médéc. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie. CREYX.
Clinique dentaire CAVALIE.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie DUBECQ.
id. DUFOUR.
Physiologie FABRE.
Parasitologie et sciences naturelles R. SIGALAS.
Médecine générale N.
id. AUBERTIN.
id. DAMADE.
id. PIÉCHAUD.
id. DELMAS-MARSALET.
Maladies mentales PERRENS

MM.

Chirurgie générale PAPIN.
id. JEANNENEY.
id. CHARRIER.
id. LOUBAT.
Obstétrique PERY.
id. RIVIÈRE.
Ophtalmologie BEAUVIEUX.
Dermatologie et syphiligraphie JOULIA.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ;

MM.

Médecine opératoire PAPIN.
Physiologie FABRE.
Accouchements PERY.

MM.

Puériculture FAUGÈRE.
Démonstrations et préparations pharmac. GOLSE.
Zoologie et parasitologie R. SIGALAS.

Ophtalmologie MM. {
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle
id. Clinique dentaire DELGUEL.

CABANNES (en congé).
BEAUVIEUX (chargé).
N.
GOURDON,
DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MERE

A MON PERE, A MA MERE

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre.*

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse en y joignant de précieux conseils.
Qu'il trouve ici l'expression de notre sin-
cère et respectueuse reconnaissance pour
l'intérêt qu'il nous a porté.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. VILLEMIN

Professeur d'Anatomie
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Croix de Guerre,
Officier d'Académie,
Officier de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie.

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous l'assurons de notre respectueuse gratitude et de notre entier dévouement pour l'extrême bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Contribution à l'Etude de la Tuberculose Rénale "Chirurgicale" chez l'Enfant

INTRODUCTION

Le rein n'est pas, chez l'enfant, un des organes de prédilection pour le bacille de Koch. D'après Rilliet et Barthez, il se place après la rate, le foie, les méninges, etc., et ne vient qu'au dixième rang. Toutefois, la tuberculose du rein n'est pas rare chez l'enfant, et on la trouve déjà signalée dans les œuvres de Morgagni. Une statistique d'Orcar Müller nous enseigne que sur cent enfants tuberculeux, trente-trois sont atteints de tuberculose rénale. Certains auteurs ont attribué à cette localisation de la tuberculose une plus grande fréquence chez l'enfant que chez l'adulte. Sur trois cents adultes, Dickinson a trouvé dix-sept fois des tubercules dans le rein; sur trois cents enfants, il en a rencontré quarante-neuf fois.

Pour Sergent, la bacillose rénale est plus fréquente dans l'enfance qu'à l'âge adulte, et cela tient probablement à ce fait que la tuberculose tend à diffuser d'autant plus que l'organisme est plus jeune.

E. Falci, dans une étude très documentée sur la tuberculose rénale de l'enfant, affirme au contraire que cette affection est moins fréquente dans le jeune âge.

La tuberculose rénale se présente sous deux formes distinctes : la forme médicale et la forme chirurgicale.

Dans la forme médicale, la tuberculose du rein n'est qu'une manifestation secondaire de lésions tuberculeuses graves d'un autre point de l'organisme (la tuberculose pulmonaire par exemple) et dans ce cas, elle passe habituellement au second plan. De même, au cours de la granulie, le rein est touché comme les autres viscères, mais son atteinte ne comporte aucune symptomatologie spéciale.

Dans la forme chirurgicale, par contre, l'atteinte du rein constitue la lésion principale de l'organisme et domine les indications thérapeutiques; elle correspond à ce qu'il est convenu d'appeler la « tuberculose primitive du rein ».

Nous n'étudierons, dans ce travail, que la tuberculose rénale dite « chirurgicale ».

ETIOLOGIE

La tuberculose rénale s'observe à tout âge : Bardenheuer a fait une néphrectomie lombaire droite, et ouvert un abcès péri-néphrétique sur un enfant de trois mois : Hamill a également trouvé une tuberculose primitive du rein chez un enfant de sept mois. On doit cependant admettre que la fréquence de la maladie augmente avec l'âge (observ. I).

Vignard et Thévenot ont collationné trente-huit cas, pour lesquels l'âge du sujet se trouve indiqué : voici le résultat de leurs observations :

Jusqu'à 2 ans 1/2.....	4
De 3 à 5 ans 1/2.....	8
De 6 à 10 ans 1/2.....	9
De 11 à 16 ans.....	17

Pour Falci également, la tuberculose rénale augmente progressivement de fréquence chez l'enfant, et atteint son maximum entre 13 et 18 ans.

D'autre part, les garçons semblent plus sujets que les filles : 21 garçons et 15 filles dans les observations de Vignard et Thévenot. D'après Falci, garçons : 52 %; filles : 48 %.

Les observations citées plus loin prouvent qu'en général, les petits malades sont issus de parents sains, et ne présentent dans leurs antécédents aucune manifestation bacillaire.

Par contre, certaines observations (II, III., XXIX) de Ba-

ginski, de Dalayrac, de Gluck, montrent que la tuberculose rénale peut être consécutive à une rougeole.

Les troubles de la miction ont fait penser que le bacille de Koch se localisait primitivement sur la vessie. Cette cystite n'est qu'une manifestation à distance de la tuberculose rénale; l'infection se fait par la voie sanguine.

De même Calmette prétend que l'infection se produit par l'apport du microbe à l'intérieur de l'organisme, par la voie du sang ou de la lymphe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La forme caverneuse est la forme la plus commune de la tuberculose rénale chirurgicale. Le rein est volumineux et présente le long des vaisseaux des granulations; ces granulations se réunissent pour former de petits tubercules, pouvant atteindre le volume d'une noisette.

La portion centrale de ces tubercules se ramollit; il se forme ainsi de petits abcès dont le pus s'écoule dans le bassinnet : c'est alors la forme pyonéphrotique, celle qui se rencontre le plus fréquemment au cours des opérations. Ici, les lésions sont à un stade avancé de leur évolution : le rein est très gros, irrégulier, bosselé; la palpation fait reconnaître des points mous, et d'autres beaucoup plus durs, à côté de parties de consistance normale.

En ouvrant le rein, on arrive presque toujours sur une ou plusieurs poches, d'où s'échappe un liquide puriforme, grumeleux; leurs parois sont constituées par une membrane blanchâtre. Ces cavités peuvent communiquer entre elles, comme elles peuvent aussi être complètement isolées les unes des autres. L'observation XXXIII, que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Loubat, constitue un exemple frappant de cette forme pyonéphrétique de la bacillose rénale.

Des modifications importantes siègent également sur le bassinnet et l'uretère.

La paroi du bassinnet s'épaissit; sa cavité se distend et contribue à augmenter le volume du rein.

L'uretère, de son côté, subit trois modifications anatomiques : la muqueuse s'épaissit, la couche musculaire s'infiltré; le tissu périurétéral s'enflamme (périuretéríté), et tout cela contribue à l'oblitération de la lumière du conduit.

Chez les petits garçons, la prostate et les vésicules séminales peuvent également être altérées. L'observation de Mauclore le prouve (obs. IV).

Enfin, on observe également dans la tuberculose rénale des lésions vésicales, surtout au niveau des points urétéraux.

ETUDE CLINIQUE

La tuberculose rénale chirurgicale a souvent la même symptomatologie chez l'enfant que chez l'adulte : Hématuries peu abondantes, survenant sans cause et qu'un simple repos peut faire disparaître; — Pollakiurie; — les mictions deviennent si impérieuse que le malade semble présenter de la véritable incontinence. Les urines plus tard deviennent troubles, laissant au fond du vase un dépôt purulent. Des douleurs se localisent au côté malade, et une légère fièvre vient souvent s'ajouter à tous ces symptômes.

La palpation indique un rein volumineux : l'examen bactériologique renseigne sur la présence du bacille tuberculeux.

Telle est la symptomatologie souvent commune à l'adulte et à l'enfant. Mais si elle peut être toujours la même chez l'adulte, et par conséquent déterminer une seule forme clinique, il n'en est pas de même chez l'enfant. Ici, en effet, la symptomatologie peut présenter de nombreuses variations qui entraînent l'existence de plusieurs formes cliniques.

FORMES CLINIQUES

a) La tuberculose rénale peut ne présenter chez l'enfant que des troubles uréthro-vésicaux, avec cystalgie, intolérance vésicale, et simuler absolument une « cystite ». Lisons à ce sujet les observations VII et VIII de Schmid, de Vignard et Thévenot.

Pour éviter toute erreur de diagnostic, il sera bon de ne penser à une cystite tuberculeuse qu'après avoir recherché l'état de l'un et de l'autre rein.

b) A ces troubles uréthro-vésicaux, peut s'ajouter une hématurie légère ou abondante qui peut, en l'absence de signes rénaux, simuler un calcul vésical. C'est le cas dont parle Harrison (obs. IX).

c) La forme la plus fréquente que présente la tuberculose rénale est celle qui simule l'incontinence d'urine. Cette incontinence peut être le seul symptôme qui se présente au clinicien pour établir son diagnostic. C'est le cas de la malade de M. le professeur Pousson (obs. V). Dans sa revue sur les différents aspects de la tuberculose rénale, Harrison a également noté cette fréquence de l'incontinence d'urine (obs. VI).

d) Dans certains cas plus rares, le symptôme unique de la tuberculose rénale chez l'enfant consiste dans une tumeur de la région lombaire. C'est alors la douleur qui attire l'attention de ce côté : mais dans ce cas, l'urine n'est nullement altérée, à ce moment-là, en effet, les tubercules ne déversent pas encore de pus dans les canalicules et le bassinets. Max Shede présente à ce sujet une observation intéressante (obs. X).

PRONOSTIC

La tuberculose rénale chirurgicale chez l'enfant est une affection grave. Dans certains cas très rares, elle peut guérir spontanément par sclérose des lésions tuberculeuses, mais le plus souvent, livrée à elle-même, elle évolue vers des complications variables, qui entraînent la mort.

a) La tuberculose ne reste pas localisée en un point précis du rein : c'est l'uretère, la vessie, l'autre rein, qui peuvent être à leur tour envahis; de-ci, de-là, se forment des collections purulentes, et des complications infectieuses viennent encore aggraver l'état général. Pour cette raison, beaucoup d'enfants atteints de cette affection meurent de cachexie ou d'urémie.

b) La tuberculose rénale chirurgicale aboutit aussi souvent à l'anurie, qui n'est cependant pas toujours mortelle (obs. XII, Pels, Lenden).

Gorl, par contre (obs. XI) parle d'un malade dont l'anurie consécutive à une bacillose rénale fut fatale.

c) L'observation de Max Shede, dont nous avons déjà parlé, montre que la tuberculose rénale peut aboutir encore à une tuberculose généralisée.

d) Enfin, la mort subite peut être la conséquence de cette affection.

Seule l'intervention chirurgicale, au début de la maladie, peut amener la guérison. On comprend ainsi aisément l'importance d'un diagnostic précoce.

DIAGNOSTIC

Quand la tuberculose rénale se présente dans sa forme classique, avec tous ses symptômes, il est facile de la dépister. Au contraire, quand elle se présente dans ses formes atypiques, le diagnostic est rempli de difficultés. Nous avons vu comment ses divers symptômes peuvent simuler la cystite, le calcul vésical, l'incontinence d'urine, la tumeur lombaire. L'anémie qui vient souvent se surajouter peut faire penser à une anémie pernicieuse. Comment, dans ces conditions, conclure d'une façon nette à l'existence d'une tuberculose rénale chirurgicale chez un enfant ?

Un examen minutieux du rein s'impose. Il peut nous révéler une tumeur de la région rénale. On peut penser dans ce cas à un sarcome, tumeur fréquente chez l'enfant, mais dans ce cas, la radiographie nous montrera un rein beaucoup plus volumineux que dans la tuberculose.

Si l'examen local ne révèle aucune tumeur, on aura recours à la cystoscopie, et à l'examen chimique et bactériologique de l'urine. Lorsque la vessie sera suffisamment tolérante, l'exploration cystoscopique pourra permettre d'affirmer la nature tuberculeuse de l'affection, en raison des lésions constatées sur la muqueuse vésicale (œdème ou ulcérations au voisinage de méat urétéral).

L'examen bactériologique permettra de découvrir le bacille de Koch dans l'urine.

La radiographie permettra également de faire le diagnostic, dans les cas de tuberculose rénale avancée, car, au début, elle ne donnerait rien. Quand il existe une tuberculose caverneuse, la radiographie pourra nous donner une image un peu spéciale du rein, qui apparaît comme tigré, la masse rénale ne donnant plus une ombre homogène, mais irrégulière dans son intensité.

L'inoculation de l'urine au cobaye donnera un élément de diagnostic supplémentaire. Dans 90 % des cas de tuberculose rénale, le résultat sera positif.

Le cathétérisme urétéral aura également son importance; il permettra d'établir le côté malade, d'autre part de déterminer la valeur fonctionnelle de l'autre rein. Quelques observations de Rocher et Ferron (de XV à XX) nous montrent l'utilité et l'importance du cathétérisme dans le diagnostic de la tuberculose rénale chirurgicale chez l'enfant.

TRAITEMENT

Nous n'étudierons pas ici spécialement le traitement médical, pour nous occuper d'une façon particulière de l'intervention chirurgicale : Avant de procéder à celle-ci, il sera bon néanmoins de ne négliger ni l'hygiène générale, ni les antiseptiques urinaires.

Deux opérations trouvent leur indication dans le traitement de la tuberculose rénale chirurgicale chez l'enfant : la néphrostomie et la néphrectomie.

La néphrostomie est surtout employée dans les cas de pyonéphrose : elle ouvre l'abcès intra-rénal, et comme celui-ci est le plus souvent infecté secondairement, elle fait tomber la fièvre, et permet à l'état général de se remonter. Au terme même de cette évolution, la fistule se tarit, le rein s'atrophie et le malade guérit. Mais ce résultat n'est jamais obtenu qu'au bout d'un temps très long, pendant lequel la tuberculose peut se généraliser.

La Néphrostoomie n'est donc qu'une opération palliative, qui ne paraît pas avoir une influence plus heureuse chez l'enfant que chez l'adulte :

La néphrectomie est l'opération de choix de la tuberculose rénale : « Toute tuberculose rénale primitive et unilatérale, le reste de l'organisme étant indemne, diagnostiquée en début, doit être extirpée, comme il doit en être de tout foyer tuberculeux bien localisé et isolé, sur lequel les procédés médicaux ou tropiques n'ont pas rapidement agi. » (Tuffier, in

Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus). Cette formule, dont on chercha à atténuer le radicalisme qui semblait excessif, ne fut pas admise sans conteste. Cependant, à la suite de nombreux travaux publiés tant en France qu'à l'étranger, les urologues les plus éminents apportèrent leurs statistiques, et leurs idées personnelles : La néphrectomie donnait dans la tuberculose rénale des résultats merveilleux, chez l'enfant comme chez l'adulte, puisque sur treize petits malades opérés, Vignard et Thévenot ont observé douze guérisons.

La néphrectomie a d'autant plus de chance de réussir qu'elle sera précoce : l'ablation du rein se fait par voie lombaire. Toutes les observations que nous avons recueillies à ce sujet indiquent cette voie. Néanmoins, dans des cas exceptionnels, on a vu emprunter la voie transpéritonéale (observ. XXI), et la voie latérale (observ. XXII).

La vaste brèche que crée l'ablation d'un organe d'un volume ordinairement aussi considérable que le rein tuberculeux demande le plus souvent plusieurs semaines pour se réparer : c'est ce qui explique la persistance de la fistule et l'importance qu'acquiert le drainage de ces plaies (Pagès).

La néphrectomie primitive, d'après les observations que nous citons, donne de bons résultats chez l'enfant : les récides dont nous parlons plus haut et qui sont à point de départ urétéral, sont moins fréquentes chez lui que chez l'adulte. Pour les éviter, il est bon, au cours de la néphrectomie, de réséquer l'uretère le plus loin possible, ou même totalement, s'il y a un doute sur son altération (Rochet).

Les causes de la mort après la néphrectomie sont en général les suivantes : l'insuffisance du rein conservé, la cachexie, la tuberculose pulmonaire, la méningite tuberculeuse. Cette terminaison fatale se produit parfois quelques années après l'opération.

Chez trois de leurs petits malades, morts ainsi longtemps après la néphrectomie, Vignard et Thévenot ont observé à l'autopsie l'intégrité du rein resté en place.

La néphrectomie primitive s'impose donc dans tous les cas

de tuberculose rénale chirurgicale chez l'enfant. Dans les premiers mois de la vie, l'intervention n'est faite que rarement, la mortalité s'élevant ici à 50 %; l'enfant ne peut pas résister au shock opératoire. Pratiquée plus tard, l'intervention donne les meilleurs résultats.

Nous avons recueilli dans notre étude trente-cinq observations. Dans dix-neuf cas où la néphrectomie primitive a été pratiquée, on note seize guérisons définitives. Les trois cas de mort sont dus, l'un à une hématomérose, l'autre à une anurie, le dernier à une cachexie.

Une seule néphrostomie pratiquée a été suivie de mort. Une seule néphrectomie secondaire a été également suivie de mort.

Dans les autres cas, les malades n'ont pas été opérés; tous sont morts.

L'ABCÈS NEPHRETIQUE

On ne peut terminer l'étude de la tuberculose rénale chirurgicale chez l'enfant sans parler des abcès périnéphrétiques, qui surviennent au cours de cette affection. Vignard et Thévenot les ont signalé huit fois dans leurs trente-huit observations; Aldibert cinq fois sur dix-huit.

La constatation de l'abcès périnéphrétique précède quelquefois le diagnostic de lésion rénale. Les observations de Dalayrac sont pleines d'enseignement à ce sujet (obs. XXVI, XXVII, XXX). Dans les cas exposés, aucune modification, soit qualitative, soit quantitative des urines n'avait attiré l'attention du rein.

Reconnaissons toutefois, avec Barker, Von Muralt, etc. (Obs. XXXI, XXII) que des symptômes de lésion rénale (pyurie, douleurs à la miction), coïncident avec l'abcès périnéphrétique.

Ces collections purulentes ont une tendance à descendre le long du psoas.

Bardenheuer a vu un abcès périnéphrétique gagner la région inguino-crurale (obs. XXXII); Von Muralt, de son côté, a observé une perforation du duodénum par un abcès.

Il est utile de ne pas confondre un abcès périnéphrétique avec un abcès ossifluent, soit iliaque, costal, ou vertébral. Le diagnostic pourra être facilité par la recherche des points osseux douloureux et par la radiographie.

L'abcès périnéphrétique n'est pas d'un pronostic sombre : l'état général du malade se modifie d'une façon peu sensible; quant aux lésions rénales, leur évolution ne semble pas accentuée.

Le traitement de l'abcès périnéphrétique consistera en une large ouverture de la poche; l'intervention sur le rein sera plus facile et une néphrectomie secondaire permettra de mettre fin à la suppuration.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(BARDENHEUER.)

Enfant de trois mois. Néphrectomie lombaire droite et ouverture d'un abcès péri-néphrétique. Mort en vingt-quatre heures.

*
* *

OBSERVATION II

(BAGINSKI.)

A la suite d'une rougeole chez un enfant de trois ans, Baginski a vu apparaître dans l'urine de l'albumine, des cylindres, du pus; l'examen microscopique montra la présence des bacilles de Koch.

Des examens répétés finirent par déceler de la douleur à gauche, puis de la tuméfaction. Néphrectomie. Guérison.

*
* *

OBSERVATION III

(GLUCK.)

Enfant atteint de tuberculose osseuse.

Antécédent : Rougeole.

Développement des symptômes faisant porter le diagnostic de tuberculose rénale gauche.

Rein énorme. Néphrectomie. Guérison.

*
* *

OBSERVATION IV

(LANNELONGUE. — MAUCLAIRE.)

Enfant de 12 ans, entré le 10 mars 1892 dans le service de Lannelongue.

Père tuberculeux. L'enfant tousse et présente des troubles urinaires : pollakiurie, pyurie, mictions douloureuses.

Râles sous-crépitants aux sommets. Diarrhée sanguinolente.

Sept jours après son entrée, l'enfant meurt de tuberculose généralisée.

A l'autopsie, on trouve un rein gauche pesant 300 gr. Dans l'intérieur, nombreuses cavernes, au niveau des calices. Uretérite et périurétérite.

Rein droit : 250 gr. Mêmes lésions caséuses.

Les deux lobes de la prostate sont caséux.

La vésicule séminale droite est également caseifiée.

Pas d'ulcérations intestinales.

*
* *

OBSERVATION V

Marie X..., 12 ans, fille unique dont le père est alcoolique et la mère bien portante, est amenée pour la première fois à la consultation de M. Pousson le 14 mai 1901, parce qu'elle est atteinte d'incontinence nocturne.

Le début de l'affection remonte à un an, et a résisté à divers traitements médicaux. L'enfant urine deux ou trois fois par nuit. Les urines sont claires, limpides, jamais de sang. L'analyse bactériologique n'est pas faite à ce moment.

L'examen des organes génitaux externes ne révèle rien d'anormal. L'appareil urinaire paraît sain. La vessie reçoit sans révolte 250 gr. de liquide.

La malade est soumise à l'électrisation du sphincter sans résultat. On essaye sans résultat l'extrait de belladone, le rhus radicaus. Le traitement général et l'hydrothérapie demeurent sans effet.

Un an après, la petite malade revient, parce que, à son incontinence nocturne s'est jointe une très grande fréquence des mictions pendant le jour. De plus, les urines contiennent du sang depuis quelques semaines, en assez grande quantité. Les forces sont conservées, l'enfant s'est développée, mais elle n'est pas encore réglée, bien qu'ayant quatorze ans accomplis. La vessie, tolérante il y a un an, est aujourd'hui douloureuse et ne peut recevoir que 80 à 100 gr. de liquide. La muqueuse n'est pas saignante et il semble que le sang provienne des reins. Ni l'un, ni l'autre ne sont perceptibles.

On pense à une tuberculose rénale, diagnostic confirmé par l'examen bactériologique des urines. La malade est soumise à un traitement anti-bacillaire général : instillation d'huile gaïacolée et iodoformée.

Le traitement n'est suivi d'aucune amélioration, pas plus du côté des douleurs, et de la fréquence des mictions, que du côté des hématuries.

L'appétit et le sommeil se maintiennent excellents, en dépit

des hématuries et des troubles vésicaux : la croissance se fait régulièrement, la menstruation s'est établie.

En mai 1903, on pratique la cystoscopie. La muqueuse ne présente pas de traces d'infiltration tuberculeuse. Les orifices des uretères paraissent sains; l'hématurie ayant cessé, on ne voit sourdre de sang, ni d'un côté, ni de l'autre. L'exploration profonde permet de sentir le rein droit débordant légèrement le rebord des fausses côtes et ballottant.

En mars 1905, la situation est la même, malgré une saison à Salies-de-Béarn. Marie X..., qui a seize ans, conserve les apparences de la santé. L'incontinence nocturne persiste : la douleur à la miction est modérée; la vessie n'est pas douloureuse. Le rein droit est nettement perceptible, sa palpation est douloureuse, et M. Pousson croit qu'il est le siège des hématuries persistant depuis plus de quatre ans.

*
* *

OBSERVATION VI

(HARRISON.)

Enfant de quatre ans. Parents tuberculeux. Incontinence d'urine, surtout nocturne.

Urines très troubles, présentant des cellules de pus et quelques globules rouges.

Légère température le soir. Le malade est amaigri. On fait une cystostomie médiane. L'enfant meurt d'anurie.

A l'autopsie, aucune lésion de la vessie et des uretères. Par contre, les reins sont atteints de lésions cavernieuses, déversant dans le bassin un produit d'aspect muqueux.

Harrison démontre, par ce fait, que l'incontinence d'urine et la susceptibilité vésicale peuvent procéder de la tuberculose rénale.

*
* *

OBSERVATION VII

(SCHMID.)

Un enfant de douze ans entre dans le service de Schmid pour pollakiurie et douleurs à la miction. Pas d'antécédents.

Urine ammoniacale très purulente.

Pas de tumeur dans la région rénale.

Plus tard apparaît l'incontinence d'urine.

On fait une cystostomie périnéale. Six mois après apparaît une tumeur de la région rénale. L'incision lombaire permet de trouver une bassinets plein de pus. La suppuration continue et l'état général s'aggrave.

On fait une néphrectomie. Le malade se relève alors et finit par guérir.

*
* *

OBSERVATION VIII

(VIGNARD.)

J. M..., âgé de 5 ans, entre à la Charité, le 9 novembre 1906, pour phimosis très serré et phénomènes de cystite.

Parents en bonne santé.

Frères et sœurs également.

Antécédents personnels : L'enfant présente de l'albumine depuis l'âge de quatre ans; albumine qui a été soignée dans un service de médecine.

Le 15 novembre, le phimosis est opéré.

Le cathétérisme pratiqué alors montre une vessie notablement distendue : on porte le diagnostic de lésion rénale (Vignard et Thévenot). Le professeur Rochet confirme le diagnostic.

L'enfant quitte le service sans être opéré.

*
* *

OBSERVATION IX

(HARRISON.)

On présente à Harrison un jeune enfant présentant des signes de calcul vésical. Le cathétérisme montre qu'il n'y a pas de pierre dans la vessie. L'enfant meurt quelques jours après.

L'autopsie permet de découvrir deux reins atteints de lésions tuberculeuses avancées.

*
* *

OBSERVATION X

(MAX SHEDE.)

Enfant de trois ans.

Mauvais état général. Enorme tumeur lombaire droite. Aucune modification de l'urine.

Drainage de cette pyonéphrose.

Plus tard, néphrectomie secondaire.

Mort de granulie.

L'autopsie révèle un rein gauche parfaitement sain.

*
* *

OBSERVATION XI

(GORL.)

Garçon de 9 ans, examiné par Gorl.

Parents en bonne santé.

Rougeole à l'âge de 5 ans.

Depuis six mois, incontinence d'urine sans aucune douleur. Les urines sont troubles et contiennent du pus, du sang, de l'albumine. L'enfant est amaigri.

On pense à une tuberculose rénale. L'examen bactériologique des urines ne révèle pas de bacille de Koch.

Quelques mois plus tard, survient une anurie complète. Douleurs lombaires à gauche. L'enfant meurt.

À l'autopsie, on trouve de grosses cavernes dans les deux reins.

L'uretère droit est complètement oblitéré par une infiltration tuberculeuse de sa paroi.

La vessie a une musculature très épaissie; la muqueuse est atteinte de tuberculose à l'orifice de l'uretère gauche.

Les autres organes ne présentent pas de tuberculose.

*
* *

OBSERVATION XII

(PELS-LENDEEN.)

Pelles-Lenden observe une fillette de 15 ans, porteur d'un gros rein droit tuberculeux. Anurie brusque. La néphrectomie du rein gauche montre que le bassin est oblitéré par un caillot. Guérison.

*
* *

OBSERVATION XIII

(VIGNERON.)

Une fillette de 14 ans souffre depuis trois mois du rein droit et pendant la miction.

Les urines sont purulentes.

Tumeur rénale : la ponction donne du pus qui se reproduit vite.

L'état général s'aggrave. Température. On ouvre alors une vaste poche caseo-purulente. Drainage. Mort rapide.

*
* *

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de M. le professeur ROCHER.)

Simone T..., 11 ans, entre le 19 octobre 1912 dans le service de M. le professeur agrégé Rocher à l'hôpital des Enfants.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel. Il y a trois mois apparaît une pollakiurie intense, obligeant la malade à uriner toutes les cinq minutes. Depuis fin septembre, la fréquence est moins grande et les douleurs vésicales à la fin de la miction moins vives.

Le 1^{er} octobre, la quantité des urines par 24 heures atteint un litre : elles sont légèrement colorées par du sang. L'examen des urines révèle 1 gr. 50 d'albumine. L'enfant a maigri de 2 kilos. Cependant, elle a conservé un bon appétit et n'a pas de température. Elle arrive à l'hôpital avec une analyse bactériologique signalant la présence de bacille de Koch et un diagnostic de bacillose rénale.

Dès son arrivée à l'hôpital, on remarque la purulence des urines et l'incontinence nocturne. Le 21 octobre, la cuti-réaction est positive. Le 23, l'examen externe ne révèle rien. Les reins ne sont pas perceptibles.

La fillette endormie, on pratique la cystoscopie à vision directe. La vessie donne issue à une urine purulente. La malade en Trendelenburg, on introduit, un urétroscope n° 50 de 7 cm. de long. La vessie se laisse dilater par l'air. La muqueuse est très rouge et présente des ulcérations au niveau du trigone, à gauche. L'orifice urétéral droit est normal, le gauche est remplacé par un large trou noir, dans lequel pénètre une sonde n° 8. Elle donne 10 centicubes d'une urine purulente. Une sonde est placée dans la vessie et on recueille pendant deux heures les urines, qui sont examinées. L'urine du rein gauche présente de nombreux bacilles de Koch, celle du rein droit très peu.

A la suite de cet examen, la capacité du bassinnet est mesurée à l'aide d'une injection de liquide et évaluée à 20 centicubes.

Le 4 novembre, néphrectomie par le professeur Rocher : Le

rein est facilement libéré. Section de l'uretère au thermocautère, ligature du pédicule, drainage.

Le 7 novembre, ablation du rein. Guérison per primam. En décembre 1912, la malade a engraisé de trois kilos : l'état général est bon, mais la fréquence des mictions persiste.

*
* *

OBSERVATION XV

(ROCHER.)

Marie G..., 14 ans, entre le 24 août 1912, à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. le professeur Rocher. Aucun antécédent personnel ou héréditaire. Elle a été prise brusquement d'un point de côté, il y a trois mois. Cette douleur se faisait sentir, lorsque l'enfant marchait. Cependant, elle a continué à travailler jusqu'au 9 août.

Depuis, la douleur a augmenté; l'enfant a maigri et fait de la température. Depuis huit jours, elle urine très peu. Cependant, on note de la pollakiurie nocturne et des douleurs à la miction : les urines sont troubles; l'enfant est réglée depuis quatre mois.

L'examen clinique décèle une douleur très vive à la palpation de la région lombaire gauche. Ce jour-là, une incision de la région donne issue à un pus abondant, jaune verdâtre, bien lié. Drainage. Un tube urétroscopique n° 50 montre des lésions de cystite banale, surtout à gauche. L'orifice urétéral droit est sain; le gauche très enflammé. Une sonde n° 8 donne passage à de l'urine purulente. L'examen donne les résultats suivants :
tats suivants :

Rein droit : Quelques leucocytes et hématies; colibacilles.

Rein gauche : Pus abondant, quelques hématies, nombreux colibacilles; quelques streptocoques.

La malade quitte l'hôpital le 16 octobre, la plaie cicatrisée.

Revue le 23 novembre, la cystoscopie permet de constater la guérison des lésions vésicales.

Une sonde introduite dans l'uretère gauche laisse écoulé une urine claire que l'examen démontre amicrobienne.

*
**

OBSERVATION XVI

(ROCHER.)

Le 23 octobre 1912, après avoir examiné la malade de l'observation XV, le professeur Rocher a cystoscopé de la même façon une fillette de dix ans, atteinte d'appendicite. La vessie était saine, et les orifices urétéraux nettement visibles, mais de dimensionnellement réduites, qu'il fut impossible d'y faire pénétrer autre chose qu'une bougie filiforme. Cet examen a été pratiqué, parce qu'il s'agissait d'une appendicite lombaire à foyer sous-hépatique et qu'on avait ainsi la confirmation du diagnostic clinique par l'examen fonctionnel du rein droit. L'éjaculation urétérale claire fit renoncer au débridement du méat.

*
**

OBSERVATION XVII

(ROCHER.)

Yvette C..., 8 ans, entre dans le service de M. le professeur Rocher, pour tumeur blanche du genou; elle présente également une incontinence d'urine très marquée.

Soupçonnant une localisation rénale de sa bacillose, le 20 novembre 1912, on pratique, une cystoscopie avec un tube n° 40. La vessie est de capacité normale; les orifices urétéraux sont normaux. Le cathétérisme de l'utetère gauche est facile.

*
**

OBSERVATION XVIII

(ROCHER.)

Jeanne O., 12 ans, vient le 3 décembre 1912, à la clinique de M. le professeur Pousson, parce qu'il y a de l'albumine dans ses urines depuis deux mois.

Son père est mort bacillaire. Elle a eu deux frères ou sœurs morts jeunes. Dans ses antécédents personnels, on relève de l'adénite cervicale.

Elle a toujours été obligée de se lever la nuit, et aurait présenté une hématurie, il y a un mois.

L'examen externe ne relève rien. Les urines sont claires. L'albumine est légère dans les urines de la nuit, abondantes dans celles du jour.

Une cystoscopie à vision directe, sous anesthésie, est faite par M. Ferron le 4 décembre. La vessie, largement distendue, ne présente rien d'anormal. Les orifices urétéraux sont normaux. L'uretère droit est cathétérisé (sonde n° 7). Une sonde n° 15 est placée dans la vessie.

*
**

OBSERVATION XIX

(ROCHER.)

Marie D., 8 ans, est envoyée à l'hôpital des Enfants, à Bordeaux, pour de la pollakiurie nocturne. (Ferron.) Elle a perdu une sœur de tuberculose pulmonaire. Sa mère a constaté qu'elle était obligée de se lever plusieurs fois la nuit.

Les urines sont troubles, la miction douloureuse, avec hématurie terminale. Pus dans les urines. L'examen externe ne révèle rien.

Un tube n° 42 est introduit dans l'urèthre. Lésions de cystite banale au niveau du trigone. Orifice urétéral droit normal; le gauche est œdédié. Une sonde n° 9 est placée dans la vessie. Les urines sont recueillies et analysées.

*
* *

OBSERVATION XX

(ROCHER.)

Enfant de 10 ans, opérée à l'hôpital des Enfants (Bordeaux), en décembre 1912, pour une appendicite pelvienne. La crainte de la section d'une uretère amène à pratiquer, le soir de l'intervention, un cathétérisme urétéral, sans anesthésie. Le bassin légèrement relevé à l'aide d'un coussin, il fut possible de cathétériser l'uretère droit.

*
* *

OBSERVATION XXI

(WARRINGTON HAWARD.)

Jeune fille de 16 ans. Depuis seize mois, sympômes vésicaux, douleurs à la miction, pyurie.

A droite, gros rein irrégulier, mobile. Néphrectomie par la voie abdominale. Mort par hématoméso le deuxième jour.

*
* *

OBSERVATION XXII

(VON MURALT.)

Garçon de 13 ans. Douleurs lombaires à droite. Hématurie. Absès périnéphrétique incisé. Néphrectomie rétro-péritonéale latérale. Guérison complète.

*
* *

OBSERVATION XXII

(COOPER.)

Fillette de 11 ans; urines troubles;

Pyurie.

Néphrectomie lombaire.

Guérison complète.

*
* *

OBSERVATION XXIV

(KIMMEL.)

Enfant de 2 ans et demi.

Rein volumineux.

Mictions fréquentes et douloureuses.

L'état général est mauvais : l'enfant maigrit.

Néphrectomie.

Le rein est tuberculeux. La guérison est complète.

*
* *

OBSERVATION XXV

(PAGÈS.)

Jeune homme de 16 ans.

Antécédent personnel : Coxalgie droite suppurée à l'âge de deux ans.

A la suite d'une grippe, présente de la pollakiurie et de la dysurie.

A ces symptômes, s'ajoutent de la pyurie et des hématuries.

L'urine est purulente : Le rein droit est devenu gros et volumineux.

Néphrectomie sous-capsulaire.

Guérison.

*
* *

OBSERVATION XXVI

(DALAYRAC.)

Fillette de 10 ans, entre dans le service de M. Broca. Aucun antécédent héréditaire ou personnel.

La petite malade a commencé par avoir de l'incontinence nocturne, jamais diurne. Les urines, claires au début, sont devenues troubles, puis surviennent des douleurs dans la région rénale. Enfin, légère hématurie.

A l'examen, le rein gauche paraît hypertrophié.

Néphrectomie.

Guérison.

*
* *

OBSERVATION XXVII

(DALAYRAC.)

Fillette de 12 ans : Entre à l'hôpital dans le service de Broca, pour pollakiurie et légère hématurie.

L'examen externe montre un rein gauche assez gros et un peu douloureux.

Incision ilio-lombaire : Le rein est violacé, et renferme des granulations tuberculeuses.

Guérison complète.

*
* *

OBSERVATION XXVIII

(VIGNARD ET LAROYENNE.)

Louis E., 14 ans, entre à la Charité le 16 août 1906, dans le service de Vignard, pour tuberculose rénale gauche.

Bons antécédents héréditaires ou collatéraux.

Antécédents personnels : A l'âge de 9 ans, le jeune malade a eu une péritonite bacillaire à forme ascitique.

Depuis un an, douleur à la miction et légère hématurie. Pollakiurie surtout diurne. Les urines sont tantôt claires, tantôt troubles.

Le rein droit est normal.

Le gauche est gros et douloureux à la pression.

La capacité vésicale est notablement diminuée.

L'enfant maigrit, et a, en outre, de l'induration du sommet droit.

Le 23 août, néphrectomie lombaire : On trouve des cavernes purulentes dans le rein, qui n'a plus qu'un peu de substance corticale très adematée.

L'uretère est perméable, mais épaissi, et péri-urétérite. Malgré la néphrectomie, les urines restent purulentes; la vessie renferme des grumeaux qui s'écoulent difficilement, nécessitant une taille périnéale. Dès lors, le malade s'améliore, et, le 9 février 1908, on peut le considérer comme définitivement guéri.

*
**

OBSERVATION XXIX

(DALAYRAC.)

Fillette de 5 ans; entre dans le service de M. Broca pour fistule de la région lombaire droite.

Sans cause appréciable, surviennent des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, puis de la diarrhée et de la fièvre.

Une incision lombaire donne issue à un litre de pus. Ensuite, l'enfant engraisa, mais une fistule avec suppuration persista.

Un an après, la rougeole, puis apparurent les mêmes signes cliniques qu'autrefois : diarrhée et fièvre. Une grande quantité de pus s'écula par la fistule, puis le tout cessa.

L'examen clinique ne permettait pas de préciser le point de départ du pus.

L'incision lombaire conduisit sur la face postérieure du colon ascendant et permit d'oblitérer un petit orifice : la suppuration persista quand même.

On fit alors une néphrectomie. La guérison se fit alors rapidement et sans incident.

*
* *

OBSERVATION XXX

(DALAYRAC.)

Marcel H..., âgé de 7 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} juillet 1909, dans le service de Broca.

Les parents sont bien portants.

Deux frères sont morts, dont un à 3 mois de méningite.

Depuis six mois, le petit malade se plaint du côté droit, puis il est apparu sur ce côté une grosseur de la taille du poing.

Les urines sont troubles, les mictions fréquentes et peu abondantes.

Cinq mois après l'apparition du premier symptôme, la mère constate l'existence d'une fistule dans le dos. Les urines sont claires, sans albumine: le stylet indique un trajet de la fistule se dirigeant en dehors vers la crête iliaque : on conclut à une ostéite iliaque.

On débride cette fistule, on va au rein, l'os iliaque ne présentant aucune lésion apparente.

On procède à la néphrectomie.

La guérison est complète.

*
* *

OBSERVATION XXXI

(BARKER.)

Fillette de 7 ans, observée par Barker.

Grosse tumeur à droite. Pyurie.

On incise un abcès périnéphrétique, et néphrostomie.

Guérison avec fistule.

Un an et demi après, mort subite au cours d'un exercice de gymnastique.

*
* *

OBSERVATION XXXII

(BARDENHEUER.)

Bardenheuer a observé un enfant de 11 ans, ne présentant aucun trouble urinaire, mais une grosse tumeur qui va de la région lombaire gauche jusqu'à l'aîne.

Incision de l'abcès par l'aîne et par la région lombaire.

Néphrectomie : le reine est très gros, et rempli de volumineux abcès.

Huit ans après, le malade est revu et se porte très bien.

*
* *

OBSERVATION XXXIII (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé LOUBAT.)

*Tuberculose rénale à forme pyonéphrotique chez une enfant
de 12 ans.*

.....

Marcellé M..., 12 ans, entre le 1^{er} février 1932 à l'hôpital des Enfants dans le service de M. le professeur agrégé Loubat, parce qu'elle présente au niveau du flanc droit, une tumeur très volumineuse.

Le début de la maladie semble remonter à 1927. A ce moment, l'enfant a eu de la pollakiurie, sans douleur à la miction, et quelques hématuries terminales légères. Des examens d'urine faits à cette époque (Décembre 1927) ont révélé la présence du bacille de Koch. Les parents ne s'en sont guère occupés et comme l'enfant ne maigrissait pas sensiblement, que l'appétit était conservé, elle a continué à fréquenter l'école.

Les hématuries ont persisté pendant un an environ puis ont cessé. Trois ans après, sans présenter aucun signe fonctionnel, la fillette voit se développer sur le flanc droit, une masse qui augmente progressivement de volume, sans provoquer toutefois de phénomènes douloureux. C'est le développement de cette tumeur qui dans les derniers temps, s'est accompagnée de fièvre, d'amaigrissement et de fatigue générale qui a déterminé les parents à envoyer à l'hôpital la petite malade.

Antécédents personnels : Coqueluche-Broncho-pneumonie. Rougeole.

Antécédents héréditaires : Mère morte bacillaire. Père bien portant.

A l'examen, on est en présence d'une enfant au visage émacié, très pâle et manifestement épuisée. Température élevée surtout le soir.

L'abdomen est distendu par une très volumineuse tumeur, de surface assez régulière, vaguement bosselée et qui occupe tout le

côté droit de l'abdomen dans ses parties supérieures, dépassant même légèrement la ligne médiane au niveau de l'ombilic, et descendant obliquement ensuite dans la fosse iliaque droite. Elle comble le flanc et disparaît sous le rebord costal droit, donnant un contact lombaire manifeste. La tumeur peu mobile mais incomplètement fixée cependant, est mate dans toute son étendue, sauf au voisinage de l'ombilic.

Polyurie trouble, pollakiurie surtout nocturne. Les urines laissent déposer une grande quantité de pus.

Les antécédents aidants, on porte le diagnostic de volumineuse pyo-néphrose tuberculeuse droite, et devant le volume énorme de la tumeur et l'atteinte grave de l'état général, on se propose de faire d'abord une simple opération palliative.

Le 10 février 1932, Néphrotomie : Par une incision lombaire on aborde la tumeur et on ouvre plusieurs poches contenant les unes du pus verdâtre, grumeleux, abondant, les autres des produits plus épais, caséifiés, mais on ne peut ouvrir toutes les loges de la tumeur (qui est multiloculaire), l'hémorragie devenant importante quand on cherche à effondrer les loges profondes. Drains et mèches.

A la suite de la néphrotomie on observe une amélioration nette des symptômes généraux et locaux. La couche de pus diminue dans les urines, l'état général s'améliore un peu, bien que la température s'élève le soir : 39°9.

Au bout de quelques jours, on se rend compte que l'amélioration n'est pas continue, et que le drainage ne saurait suffire à amener la guérison. Seule la néphrectomie est susceptible de sauver cette malade. Sera-t-elle possible ? Du point de vue technique, on pense pouvoir, à la rigueur, mener à bien cette néphrectomie. Auparavant, il faut savoir si l'autre rein est indemne et suffisant.

Le 3 mars 1932, M. le docteur Oraison fait un cathétérisme des uretères, et une épreuve de l'élimination de l'urée, et des chlorures, des reins séparés.

Rein gauche :

Echantillon : 2, 3, 4 :

<i>Urée</i> au litre	26	17
Réellement diminué	0,031	0,20
<i>Chlorures</i> au litre	2,90	4
Réellement diminué	0,003	0,048
<i>Albumine</i>	3	1,30
Dosage de l'urée		0,27

Rein droit :

Exclus.

Devant ces résultats, on décide la néphrectomie.

Le 14 avril 1932, néphrectomie, sous anesthésie à l'éther. L'intervention est difficile, car le rein est toujours énorme, et que la périnéphrite fibreuse et suppurée par place gêne le clivage de la coque parenchymateuse. La partie inférieure de l'énorme tumeur peut être isolée assez aisément, ce qui permet d'atteindre l'uretère, mais en haut et en avant, la soudure aux organes voisins est intime. On est ainsi amené à ouvrir le péritoine et à vider un abcès développé entre le foie et le pôle supérieur de la tumeur. Le pédicule vasculaire peut alors être pincé et lié et la masse enlevée en totalité. Drainage. Suture.

Il s'agit d'un énorme rein pyoméphrotique avec des loges simplement caséuses par endroits, purulentes dans d'autres, sans parenchyme rénal nettement reconnaissable.

Malgré le choc opératoire sérieux, l'intervention n'est pas trop mal supportée, la température se rapproche de la normale, mais les urines assez abondantes ne se clarifient pas : l'état général continue à périliter, l'enfant ne s'alimentant pas. Son teint devient cireux, les urines de plus en plus albumineuses ; l'œdème s'installe au niveau des membres inférieurs, remonte peu à peu sur le tronc ; la malade devient dyspnéique, par suite d'un épanchement pleural. Elle meurt le 11 mai 1932.

Certainement la néphrectomie aurait été suivie d'un tout autre résultat, si elle avait été pratiquée quelques années auparavant, quand la tumeur était loin d'être aussi volumineuse et quand l'état général était encore peu atteint.

*
* *

OBSERVATION XXXIV

(Due à l'obligeance de M. le professeur ROCHER.)

Gabriel M..., 11 ans, entre le 3 septembre 1925 dans le service de M. le professeur Rocher, à l'hôpital des Enfants, parce qu'il présente de la pollakiurie, des urines troubles, et une légère hématurie à la fin des mictions.

Les antécédents personnels et héréditaires sont bons.

Examen : L'enfant donne l'apparence d'une assez bonne santé. La palpation révèle une sensibilité particulière de la région rénale droite. On ne perçoit de gros rein ni à droite ni à gauche.

L'examen des urines indique la présence du bacille de Koch, et 1 gr. d'albumine.

On fait le diagnostic de bacillose rénale droite, et, le 21 septembre, néphrectomie primitive par M. le professeur Rocher. On arrive facilement sur le rein; il est gros. Lésions accentuées surtout au niveau du pôle supérieur, mais existant également dans toute l'épaisseur de l'organe.

Le 9 octobre, on ne trouve plus de bacille de Koch dans les urines, mais 90 centigrammes d'albumine.

De plus, une légère hématurie persiste à la fin des mictions.

Le 8 décembre, l'état général est bon. L'enfant se lève et marche.

Le 8 mai 1926, tous les troubles ont disparu. On note simplement de la pollakiurie. L'état général s'est encore amélioré. L'enfant sort guéri.

Le 26 janvier 1929, c'est-à-dire trois ans après, l'enfant revient à la consultation de M. le professeur Rocher, parce qu'une douleur est survenue subitement dans les bourses, douleur s'irradiant dans les régions inguinale et lombaire gauche. On fait le diagnostic d'épididymite bacillaire bilatérale.

*
* * *

OBSERVATION XXXV

(Due à l'obligeance de M. le professeur ROCHER.)

Jean R..., 14 ans, entre à l'hôpital des Enfants le 1^{er} mai 1924, dans le service de M. le professeur Rocher, parce qu'il a des douleurs sourdes, discontinues, siégeant dans les deux régions lombaires, mais surtout à gauche. Pollakiurie. Urines troubles. Légère hématurie. Pas de fièvre.

Examen des urines : Nombreuses hématies, pas de bacilles de Koch.

Le 23 juin, on pratique un cathétérisme des uretères qui ne donne pas de résultat.

On juge la néphrectomie nécessaire.

Le 30 juin 1924 néphrectomie gauche par M. le professeur Rocher. On constate une grosse infiltration du lobe supérieur du rein; la surface externe est parsemée de petits nodules. A la coupe, on constate que la substance du rein est plus jaune, granuleuse, mais en aucun point, il n'y a de foyer ramolli de suppuration.

Au niveau du pôle inférieur, on constate plusieurs petites lésions d'œdème, toujours dans la région corticale.

Le bassinnet présente un aspect à peu près normal dans toute l'étendue, sauf au niveau du collet, où la muqueuse est gonflée et probablement infiltrée par les lésions bacillaires.

L'uretère est épaissi.

Le 1^{er} juillet, examen des urines : pas de bacille de Koch; rares leucocytes.

Le 4 juillet : pas de fièvre; pas de suppuration; on enlève le drain.

Le 9 juillet : on enlève les points.

L'état général s'améliore de jour en jour; l'enfant sort guéri de l'hôpital.

CONCLUSIONS.

I. — La tuberculose rénale chirurgicale chez l'enfant est comparable au point de vue anatomo-pathologique à la tuberculose rénale chez l'adulte.

II. — Par contre, au point de vue clinique, elle en diffère d'une façon assez sensible, par l'intensité de quelques symptômes, l'atténuation de certains autres. Elle peut, par conséquent se présenter dans des aspects cliniques variables, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme. Nous avons retenu les formes cliniques suivantes :

- a) Forme albuminurique;
- b) Forme avec fausse incontinence d'urine;
- c) Forme avec cystite;
- d) Forme pyonéphrotique.

III. — L'examen bactériologique et clinique des urines, la cystoscopie, le cathétérisme des uretères, fournissent dans tous les cas des indications utiles pour un diagnostic précoce. Même sur des enfants en bas âge, l'examen cystoscopique peut se pratiquer. La radiographie peut, dans certains cas de tuberculose avancée, confirmer le diagnostic.

IV. — D'après les observations recueillies, la tuberculose rénale chirurgicale guérit très rarement d'une façon sponta-

née. Livrée à elle-même, elle évolue vers la généralisation de la tuberculose et la mort.

Seul, le traitement chirurgical peut amener la guérison.

La néphrostomie peut être indiquée dans des cas où il existe de vastes collections purulentes; c'est une opération palliative qui doit être suivie de néphrectomie.

La néphrectomie primitive constitue le traitement de choix de la tuberculose rénale chez l'enfant.

Les résultats en sont généralement bons, à condition toutefois qu'elle soit précoce et qu'il n'existe pas d'autres organes atteints.

VU : BON A IMPRIMER :

Le Président,

F. VILLEMIN.

VU : POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

Professeur J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 15 Novembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMAND-DELILLE. — Tuberculose rénale chez l'enfant. *Journal de Méd. de Paris*, 45, p. 971, novembre 22, 1926.
- BAGINSKI. — *Berlin, Klin. Woch*, 1892, page 516.
- BARDENHEUER. — Surgical diseases of the Kidney, Londres 1888.
- BARWELL. — *British Médic. Journ.*, 1881, p. 201.
- BAUMEL. — La tuberculose rénale chez l'enfant. Difficulté du diagnostic. *Montpellier Médical*, 1892, page 529.
- BEAVER. — Primary tubercle of the Kidney. *The Lancet*, 1889, p. 1313.
- BEKKERMAN. — De la tuberculose rénale chez l'enfant. *Journal d'Urologie*, 1931, tome XXXI, p. 236.
- BROCA. — Leçons clinique de chirurgie infantile. Tome I : Néphrectomie.
- DALAYRAC (M^{me}). — Quelques néphrectomies pour tuberculose rénale. Thèse, Paris 1910-11.
- FALCI (E.). — La tuberculose rénale de l'enfant comparée à celle de l'adulte. *Journal d'Urologie*, 1925, tome XX, p. 301.
- FERRON. — Du fonctionnement du rein, après la néphrectomie. Thèse Bordeaux, 1910.
- GLUCK. — *Berlin-Klin-Woch*, 1892, p. 516.
- GORL. — *Munch. med. Woch*, 1901, p. 444.
- HALLÉ. — Les formes de la tuberculose rénale chronique. Paris 1914. *Journal médical français*, VII, 287-281.

- HARRISON. — On some surgical aspects of renal tuberculosis. *The Lancet*, 1885, p. 695.
- LAURENCE. — La tuberculose rénale chez l'enfant. *Revue génér. de clinique et de thérapeut.*, Paris 1924, 38, page 780.
- LEGUEU. — Traité d'urologie. La tuberculose du rein; 1910, 587.
- LEEDAM-GREEN. — Beitrag zur Frage der conservativen Behandlung der Frühstadien der Nierentuberculosen bei Kindern. *Zeitschr. f. Urologie*, 1909, p. 381, t. III.
- MARION. — La tuberculose du rein. *Traité d'Urologie*, tome I, p. 245, Masson 1921.
- MATHIEU (P.). — La tuberculose rénale chez l'enfant. *Paris méd.*, 1924, LIII, p. 68.
- MAX-SHEDE. — Inaugur. Diss. Hamburg 1889, p. 145, Nierenextirpationen.
- MAUCLAIRE. — La tuberculose génito-urinaire. Société anatomique, 11 juillet 1890; tome IV, p. 353.
- MORELLE. — De la tuberculose rénale chez l'enfant. *Annale de l'inst. chir. de Bruxelles*, 1913, XX, p. 193.
- PAGÈS. — La néphrectomie primitive de la tuberculose rénale. Thèse Lyon, 1908-09.
- PELS-LEUDEN. — Uber Anurie bei Nierentuberculose. *Gesell der Charité in Berlin*, 7-2 1901.
- PERNOT. — Traitement de la pyonéphrose tuberculeuse par les ouvertures et les drainages multiples. Thèse Lyon, 1897-98.
- PERRET (Ch.). — Contribution à la technique de la Néphrectomie. *Journal d'Urologie*, 1926, XXI, p. 397.
- POUSSON. — Contribution à l'Étude de la tuberculose rénale et de son traitement chirurgical. *Annales des maladies des org. génit. urin.*, 1905, p. 1084.
- RAFIN. — La tuberculose rénale. Absès périnéphrétique. *Annales des mal. des org. gén. urin.*, 1909, I, p. 699.
- ROCHER ET FERRON. — Tuberculose rénale chez l'enfant. Cathétérisme à vision directe. *Journal d'Urologie*, 1913, t. III, p. 153.

- ROCHET. — Inoculation tuberculeuse de la plaie après néphrectomie. *Annales des mal. des org. génit. urin.*, 1909, tome II, p. 148.
- SCHMID. — *Munch. medic. Woch.*, 1892, p. 320. Beitrage zur chirurgie der Nieren.
- VIGNARD ET THÉVENOT. — La tuberculose rénale chez l'enfant. *Journ. d'Urologie*, 1912, t. I, p. 323.
- VIGNERON. — De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein. Thèse Paris, 1891-92.
- VON MURALT. — Corresp. f. Schweizer Aerzte, 1887.
- WEIJTLANDT. — Tuberculose rénale chirurg. chez l'enfant. *Journal d'Urologie*, 1930, XXX, p. 596.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Etiologie.....	11
Anatomie Pathologique.....	13
Etude clinique.....	15
Formes cliniques.....	17
Pronostic	19
Diagnostic	21
Traitement.....	23
L'Abcès néphrétique	27
Observations	29
Conclusions ..	51
Bibliographie	53

